

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG NGỰC-THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÒA BÌNH

TRƯƠNG NHƯ HIỂN - Bệnh viện ĐK tỉnh Hòa Bình

TÓM TẮT

Trong giai đoạn hiện nay với tỷ lệ chấn thương nói chung ngày càng gia tăng thì chấn thương cột sống ngực - thắt lưng là loại chấn thương thường gặp, điều trị tốn kém và cần can thiệp chuyên khoa sâu. Tại Bệnh viện ĐK tỉnh Hòa Bình tuy cơ sở vật chất để thực hiện phẫu thuật cột sống còn thiếu (chưa có C-arm, chỉ dùng máy Xquang tại giường) nhưng sau khi thực hiện kỹ thuật này đã có những kết quả đáng khích lệ. Với mục tiêu đánh giá kết quả bước đầu đề tài nghiên cứu 21 bệnh nhân với tổn thương cột sống ngực - thắt lưng mất vững được phẫu thuật cố định cột sống bằng nẹp vis qua cuống từ năm 2009 đến 2010. Phương pháp nghiên cứu tiến cứu với bệnh nhân được khám lâm sàng, chụp Xquang và cắt lớp vi tính, phân loại tổn thương gây mất vững và được phẫu thuật cố định cột sống bằng nẹp vis có hoặc không có cắt cung sau giải áp. Kết quả: Nam 11 chiếm tỷ lệ 57,6%, nữ 10-42,4 %; đa số ở độ tuổi lao động (26-50) chiếm 75%; Nguyên nhân thường gặp là tai nạn lao động 11 bệnh nhân chiếm 57,6%; Vị trí thường gặp là đốt sống D12 và L1 (15) chiếm 71,4 %; Tổn thương tủy hoàn toàn là 3 chiếm 14,2 %, không hoàn toàn 85,8%; số bệnh nhân có cắt cung sau giải áp là 17 (80,9%).

Đánh giá kết quả theo cải thiện lâm sàng, phân độ Frankel với kết quả sớm khi ra viện (tốt 61,9%, vừa 33,3%, kém 4,8%) và tái khám lại sau 06 tháng (tốt 71,4%, vừa 23,8%, kém 4,8%).

Từ khóa: chấn thương, cột sống ngực - thắt lưng

SUMMARY

In the period of increasing the trauma rate, Spinal trauma on dorsal and lumbar is a popular trauma which treats quite expensively and needs to intervene specially. Although there is a shortage of facilities to perform an operation (without C-arm, only use X-ray), there are good results after performing this method in Hoa Binh General Hospital. First remeth of operative treatment by pedicle screw fixation of Spinal trauma on dorsal and lumbar was done with 21 case from 2009 to 2010. Method is prospective analysis,

patients were examined clinically, X-rayed and Scanned examination. Satbilisation by denis method. As a result of this, male are 57.6 %, female are from 10 to 42.4%; labours(26-50) are 75% with hard working reason. Cause: labour accident 57.6%. The common positions are D12 and L1 vertebrae (71.4%); the complete medulla injury is 3 (14.2%), the incomplete one is 85.8 %.

According to evaluation of clinical improvement with early result before coming out of hospital are good (61.9%), average (33.3%), bad (4.8%); follow-up examination after 6 months are good (71.4%), average (23.8%) and bad (4.8%).

Keywords: trauma, dorsal and lumbar.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương nói chung là một thương tích hay gặp, trong đó gãy cột sống đoạn lưng □ thắt lưng chiếm khá cao trong vị trí các đốt sống gãy (75%). Tuy chấn thương cột sống-tủy sống vùng ngực thắt lưng không gây tử vong ngay từ đầu nhưng nếu chẩn đoán và điều trị không đúng, không kịp thời sẽ gây hậu quả nghiêm trọng để lại di chứng nhiều ảnh hưởng đến cuộc sống người bệnh.

Phẫu thuật nẹp vis cột sống qua cuống cung là loại phẫu thuật có thể áp dụng được ở các cơ sở tuyến tỉnh, hiệu quả và có chi phí vừa phải, phù hợp hoàn cảnh kinh tế của đa số bệnh nhân có hoàn cảnh kinh tế khó khăn. Từ năm 2008 mặc dù điều kiện về trang thiết bị còn thiếu nhưng chúng tôi đã mạnh dạn áp dụng loại phẫu thuật này cho bệnh nhân. Để đánh giá kết quả ban đầu và rút kinh nghiệm chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này qua 21 trường hợp bệnh nhân.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 21 bệnh nhân có tổn thương cột sống Ngực-thắt lưng mất vững có hoặc không có tổn thương thần kinh được phẫu thuật theo phương pháp Roy-Camille tại Khoa Phẫu thuật thần kinh và Ung bướu, Bệnh viện ĐK tỉnh Hòa Bình từ năm 2008-2010.

Phương pháp nghiên cứu:

+ Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.

+ Các bệnh nhân đều được chụp XQ cột sống quy ước và Ctscanner cột sống.

Phương pháp phẫu thuật: Vào lối sau bắt các vis qua cuống sống vào thân đốt, cố định bằng 2 thanh ross 2 bên. Cắt cung sau để mở rộng ống sống, lấy các mảnh xương vỡ chèn ép ống tủy nếu có. Trong quá trình phẫu thuật sử dụng máy XQ di động để kiểm tra.

Đánh giá kết quả hồi phục theo phân độ Frankel và chức năng cơ tròn khi bệnh nhân ra viện và tái khám sau 6 tháng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Giới: tỷ lệ nam/nữ là 11/10, chúng tôi có tỷ lệ nữ nhiều hơn các tác giả khác (1) có lẽ do ở địa phương số lao động nữ cũng chiếm phần lớn.

Tuổi: thấp nhất là 26, cao nhất là 59, độ tuổi trung bình là 40. Nhóm tuổi lao động chiếm tỷ lệ cao là từ 20-50 chiếm 75%, phù hợp với các tác giả khác (Theo Nguyễn Hùng Minh là 84,5%)(3).

Nguyên nhân chấn thương: trong nghiên cứu này chủ yếu là do tai nạn lao động 11 trường hợp (57,6%), tai nạn giao thông 6 (28,5%) và tai nạn sinh hoạt 4 (13,9%). Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước (2,6,7).

2. Lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng:

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %	
Đau	21	100	
Sưng nề, gù nhọn cột sống	18	85,7	
Rối loạn cơ tròn	13	61,9	
Phân độ Frankel	A	1	4,8
	B	4	19,2
	C	9	43,2
	D	6	28,8
	E	1	4,8

Triệu chứng lâm sàng chúng tôi hay gặp là các triệu chứng điển hình như đau tại chiếm 100%, sưng nề tại chỗ, gù vẹo cột sống 85,7%, rối loạn cơ tròn 61,9% và xét theo cách phân loại của Frankel thì số bệnh nhân ở mức độ C là cao nhất 43,2%. Các triệu chứng có ý nghĩa lớn trong chẩn đoán và tiên lượng điều trị.

Qua nghiên cứu tỷ lệ cũng tương đương với các tác giả khác như Nguyễn Văn Hải (1) tỷ lệ này là mức độ C 41,2%, mức độ B 18,8%, mức độ D 12,9%. Theo Roy-Camille (1986) độ B,C và D chiếm 53,7% (8).

Vị trí tổn thương: trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ gặp bệnh nhân có tổn thương 01 đốt sống đơn thuần với tỷ lệ D12 là 6 trường hợp (28,8%), L1 9 (43,2%), L2 4 (19,2%), L3 2 (9,6%).

Theo Nguyễn Đức Nghĩa và cộng sự (1999) tổn thương đốt D12 chiếm 52,6%, đốt L1 chiếm 31,5%. (4).

Vị trí tổn thương hay gặp ở D12 và L1 là do đặc điểm vùng chuyển tiếp cột sống khi chịu lực chấn thương.

Tính chất tổn thương: phân loại gãy theo Dennis

Loại tổn thương	n	Tỷ lệ %
Lún đơn thuần	2	9,6
Vỡ lún	10	48,0
Vỡ có mảnh	7	33,6
Trật khớp	4	19,2

Các tổn thương ở đây thông thường là phối hợp nhiều kiểu tổn thương trên một bệnh nhân, khi tổn thương vỡ lún thân kèm theo trượt khớp là nguyên nhân gây ra chèn ép tủy, và tổn thương thần kinh gây liệt thần kinh. Ở đây chúng tôi gặp kiểu tổn thương vỡ lún nhiều nhất (48%) là do phần lớn bệnh nhân có cơ chế tổn thương dồn trực (ngã ngổ), theo Nguyễn Văn Hải là 36,5%(1).

Chẩn đoán hình ảnh: Tuy ở cơ sở chúng tôi chưa có máy MRI nhưng với phương pháp chụp Xq cột sống thường quy và CTscanner cho thấy giá trị trong chẩn đoán tổn thương xương, tổn thương tủy sống, xác định mức độ hẹp ống sống do mảnh rời chèn ép, đánh giá được gãy cột sống vững hay không vững, kiểm tra phần mềm liên quan, mức độ trượt của khớp để xác định phương án phẫu thuật.

100% bệnh nhân của chúng tôi đã được chụp CTscanner cột sống và tái tạo hình ảnh theo bình diện dọc để phát hiện những tổn thương gãy theo bình diện ngang của cột sống, tái tạo theo bình diện dọc có thể cung cấp đầu mối trong việc xác định tổn thương phần mềm hoặc dây chằng. Tuy nhiên với các phương pháp này chưa đánh giá được toàn diện tổn thương, nhất là những tổn thương của tủy sống, đĩa đệm giúp cho phẫu thuật và tiên lượng.

3. Chỉ định phẫu thuật

Đối với những trường hợp không tổn thương thần kinh chúng tôi chỉ định cho những trường hợp gãy không vững theo quan điểm 3 cột của Dennis: gãy trật là gãy không vững, gãy lún đơn thuần trên 50% thân đốt là không vững, tổn thương trên 2 cột là không vững.

Có nhiều quan điểm của nhiều tác giả tuy nhiên đều cho rằng khi chấn thương cột sống có hẹp ống tủy do mảnh xương hoặc vỡ lún đều có thể gây tổn thương thần kinh sau này hoặc gây biến dạng cột sống.

Đối với các trường hợp tổn thương thần kinh do chèn ép hoặc do cột sống mất vững chúng tôi đều mổ cố định cột sống và giải áp tủy sống bằng cắt cung sau. Đây cũng là quan điểm của một số tác giả trong và ngoài nước(5)(9).

Thời điểm phẫu thuật: khi xác định bệnh nhân có chỉ định mổ, chúng tôi đều tiến hành phẫu thuật sớm khi có thể để tạo điều kiện cho sự phục hồi thần kinh và bệnh nhân được thay đổi tư thế sớm.

4. Phẫu thuật giải áp cột sống.

Chúng tôi phẫu thuật mở cung sau giải áp ở 17 trường hợp (80,9%) với các chỉ định sau: Đường kính trước sau của ống sống hẹp quá 1/3, do mảnh rời tụt ra sau, do đốt sống trượt hoặc cung sau vỡ gàu chèn ép tủy; máu tụ ngoài màng cứng tủy.

Mục đích là loại bỏ chèn ép ống sống do nhiều nguyên nhân và tạo điều kiện cho nắn chỉnh cột sống trong mổ.

5. Kết quả phẫu thuật.

+ *Biến chứng sau phẫu thuật:* chúng tôi gặp 02 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ (9,6%) và 03 trường hợp có loét điểm tỳ đè (14,4%), sau điều trị và chăm sóc các biến chứng này đều được xử trí tốt.

+ *Phục hồi thần kinh sớm:*

Tổn thương	Vào viện		Ra viện	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Frankel A	1	4,8	1	4,8
Frankel B	4	19,2	1	4,8
Frankel C	9	43,2	4	19,2
Frankel D	6	28,8	10	48,0%
Frankel E	1	4,8	5	24,0%

Theo bảng trên có 20/21 bệnh nhân có sự phục hồi thần kinh sớm nhưng đánh giá theo ASA 1969 ở đây chúng tôi gặp 07 bệnh nhân chỉ tiến triển thêm 01 độ Frankel (33,3%), 13 bệnh nhân tiến triển trên 2 độ (61,9%) và một bệnh nhân không có tiến triển.

Theo Nguyễn Đắc Nghĩa (1999) có phục hồi ít nhất 1 độ Frankel chiếm 36,8%(4).

+ *Phục hồi cơ tròn:* trong nghiên cứu của chúng tôi lúc đầu có 13 bệnh nhân có biểu hiện rối loạn cơ tròn ở nhiều mức độ (61,9%), khi ra viện còn lại 05 bệnh nhân chưa phục hồi hoàn toàn (24,0%). Sau 06 tháng kiểm tra vẫn còn 02 bệnh nhân có rối loạn cơ tròn (9,2%), đây là 2 bệnh nhân có biểu hiện ban đầu ở mức độ Frankel A và có tổn thương tủy nặng nề.

+ *Phục hồi thần kinh sau khám lại:*

Đánh giá bệnh nhân sau khám lại của chúng tôi có 15 bệnh nhân có tiến triển tốt 71,4%, vừa 23,8%, kém 4,8%.

Chúng tôi nhận thấy không có bệnh nhân nào có biểu hiện nặng lên so với ban đầu.

Qua kết quả cho thấy nhóm có tổn thương tủy không hoàn toàn với mức độ Frankel A sự hồi phục rất thấp, nhóm tổn thương tủy không hoàn toàn hồi phục tốt hơn.

Công tác phục hồi chức năng sớm cho bệnh nhân là rất cần thiết để tránh các biến chứng và giúp cho sự phục hồi chức năng thần kinh tốt hơn. (10)

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 21 trường hợp bệnh nhân có tổn thương cột sống Ngực-thắt lưng mất vững có hoặc không có tổn thương thần kinh được phẫu thuật theo phương pháp Roy-Camille tại Khoa Phẫu thuật thần kinh và Ung bướu Bệnh viện ĐK tỉnh Hòa Bình từ năm 2008-2010 chúng tôi nhận thấy:

+ Căn cứ vào các triệu chứng lâm sàng, các phương tiện tại tuyến tỉnh khó khăn (chưa có MRI, C-arm) nhưng cũng đã góp phần chẩn đoán sớm và có giá trị giúp cho công tác điều trị bệnh nhân tốt, nhất là đối với những bệnh nhân khó khăn về kinh tế không có điều kiện lên tuyến trung ương.

+ Mặc dù tại Bệnh viện ĐK tỉnh Hòa Bình số lượng bệnh nhân còn ít nhưng phương pháp phẫu thuật cố định nẹp vis qua cuống sống kèm theo có cất cung sau giải áp bước đầu cho kết quả tốt và khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hải (2005), □Nghiên cứu kết quả điều trị phẫu thuật cấp cứu chấn thương cột sống ngực □ thắt lưng không và có tổn thương thần kinh không hoàn toàn tại Bệnh viện Việt Đức□, Luận văn BSKII, Trường Đại Học Y Hà Nội.

2. Vũ Hùng Liên (2006). Chấn thương cột sống □ tủy sống và những vấn đề cơ bản. Nxb Y học.

3. Nguyễn Hùng Minh và cộng sự (2010), □Đánh giá kết quả phẫu thuật chấn thương cột sống tủy sống đoạn ngực thắt lưng theo phương pháp Roy-Camille có cất khung sau giải ép tại khoa Phẫu thuật thần kinh bệnh viện 103 từ 1/2000 đến 6/2009□, Báo cáo khoa học Hội nghị Phẫu thuật thần kinh thường niên lần thứ XI, Hội phẫu thuật thần kinh Việt Nam, 10/2010.

4. Nguyễn Đắc Nghĩa (1999) □Kết hợp cầu nối ngang và vít cuống cung với khung Hartshill trong cố định gãy cột sống ngực-thắt lưng không vững kèm liệt□, Báo cáo khoa học đại hội ngoại khoa Việt Nam lần thứ V.

5. Nguyễn Đức Phúc (2004), □Chấn thương chỉnh hình□, NXB Y học.

6. Hà Kim Trung (2005). Chấn thương cột sống lưng □ thắt lưng có tổn thương thần kinh. Cấp cứu ngoại khoa thần kinh. Nhà xuất bản Y học.